



**ЕВРОПА**

# **Какие доводы имеются в пользу организации служб охраны психического здоровья по месту жительства?**

Август 2003

## КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) об организации работы служб охраны психического здоровья по месту жительства

На психические расстройства приходится около 12 - 15% суммарного бремени инвалидности в мире, что превышает соответствующие уровни по сердечно-сосудистым болезням и вдвое выше – по онкологическим. Последствия же их для повседневной жизни являются даже более значительными, так как из всех человеко-лет жизни, прожитых с инвалидностью, 30% приходится на инвалидность, связанную с психическими расстройствами.

Данный доклад является ответом на вопрос, который задают организаторы здравоохранения. В нем в обобщенно виде представлены наиболее обоснованные имеющиеся фактические данные, включая резюме основных результатов и вариантов политики по этому вопросу.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание: Thornicroft G, Tansella M (2003) Какие доводы имеются в пользу организации служб охраны психического здоровья по месту жительства? What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>, accessed 29 August 2003).

### Ключевые слова

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА,  
МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ-  
СТАНДАРТЫ  
БОЛЬНИЦЫ-СТАТИСТИКА-  
СТАНДАРТЫ  
КАЧЕСТВО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
ПОМОЩИ  
ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
ПОМОЩИ  
СБОР ДАННЫХ-  
МЕТОДЫ  
МЕТОДЫ В ПОДДЕРЖКУ ПРИНЯТИЯ  
РЕШЕНИЙ  
ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int);  
по поводу получения копий публикаций - по адресу: [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int);  
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int).

По обычной почте Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**©Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.**

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## СОДЕРЖАНИЕ

Резюме .....	5
Существо вопроса .....	5
Фактические данные .....	5
Соображения, относящиеся к выбору политики .....	5
Введение .....	6
Источники для данного обзора.....	8
История вопроса .....	8
Компоненты интегрированных служб .....	9
Компоненты сбалансированной медицинской помощи в рамках службы охраны психического здоровья .....	12
Первичная медико-санитарная помощь в области охраны психического здоровья с привлечением специалистов.....	12
Основная помощь в области охраны психического здоровья.....	13
Специализированные и дифференцированные службы охраны психического здоровья.....	18
Выводы .....	23
Приложение 1. Ключевые характеристики основных периодов исторического развития систем оказания помощи в области охраны психического здоровья (4) .....	24
Приложение 2. Ключевые принципы функционирования сбалансированных служб в сфере охраны психического здоровья по месту жительства.....	26
Литература .....	28

## **Резюме**

### **Существо вопроса**

На психические расстройства приходится около 12-15 % суммарного бремени инвалидности в мире, что превышает соответствующие уровни по сердечно-сосудистым болезням и вдвое выше – по онкологическим. Последствия же их для повседневной жизни являются даже более значительными, так как из всех человеко-лет жизни, прожитой с инвалидностью, именно они в 30% случаев являются причиной инвалидизации.

### **Фактические данные**

Нет сколько-нибудь убедительных доводов или данных в поддержку лишь больничного подхода. С другой стороны, мы также не располагаем какими-либо научными доказательствами того, что службы охраны психического здоровья по месту жительства способны в одиночку обеспечить удовлетворительную всеобъемлющую медицинскую помощь. Наоборот, мнение специалистов и результаты имеющихся исследований говорят скорее в пользу среднего пути, известного под названием “сбалансированной медицинской помощи”.

Сбалансированная медицинская помощь оказывается преимущественно по месту жительства, в то время как больницы играют важную поддерживающую роль. На практике это означает, что связанные с охраной психического здоровья услуги предоставляются по месту жительства обслуживаемого населения, а в стационары больные направляются только тогда, когда в этом возникает необходимость. При этом сама госпитализация производится без промедлений, а период пребывания больного в стационаре делается как можно короче.

Важно обеспечить координацию усилий различных служб психического здоровья будь то правительственных, неправительственных или частных – и обеспечить надлежащее функционирование всех связующих звеньев.

Проведенные исследования экономической эффективности программ деинституционализации и работы бригад медперсонала, обеспечивающего охрану психического здоровья населения по месту жительства, показали, что качество медицинской помощи тесно связано с уровнем расходов. Службы охраны психического здоровья по месту жительства в целом стоят столько же, сколько и стационарные службы, которые они заменяют.

### **Соображения, относящиеся к выбору политики**

Приоритеты и стратегические цели той или иной страны в значительной мере зависят от финансовых ресурсов, имеющихся в ее распоряжении.

- *Страны с низкими уровнями обеспеченности ресурсами* должны ориентироваться на создание и совершенствование служб психического здоровья в условиях

первичной медико-санитарной помощи, прибегая к услугам специализированных психиатрических служб, когда в этом возникает необходимость.

- В странах со средним уровнем обеспеченности ресурсами следует стремиться к тому, чтобы службы охраны психического здоровья включали также такие компоненты и звенья, как амбулаторные клиники, бригады, оказывающие помощь психическим больным по месту жительства, неотложная помощь в условиях стационара, долгосрочное медико-социальное обслуживание по месту жительства, гигиена труда.
- Помимо вышеуказанного, в странах с высокими уровнями обеспеченности ресурсами в рамках системы охраны психического здоровья должны также предусматриваться такие формы оказания помощи, как специализированные амбулаторные клиники и бригады психиатрической помощи по месту жительства, оказание комплексной и интенсивной медико-социальной помощи, а также оказание таких альтернативных услуг, как неотложная помощь в стационаре, долгосрочная медико-социальная помощь по месту проживания, профессиональная реабилитация.

**Авторами данного доклада СФДЗ являются:**

Graham Thornicroft,  
Профессор психиатрии,  
Секция психиатрии первичного звена медицинской помощи (PRiSM),  
Отдел научных исследований организации работы служб здравоохранения,  
Институт психиатрии  
Лондонский Королевский колледж,  
De Crespigny Park,  
London SE5 8AF, England.  
Тел.: 00 44 207 848 0735  
Факс: 00 44 207 277 1462  
Электронная почта: [g.thornicroft@iop.kcl.ac.uk](mailto:g.thornicroft@iop.kcl.ac.uk)

Michele Tansella  
Профессор психиатрии,  
Секция психиатрии, Университет г. Вероны  
Отдел медицины и общественного здравоохранения,  
Секция психиатрии, Университет г. Вероны Verona, Italy  
Тел.: 00 39 045 50 88 60  
Факс: 00 39 045 50 08 73  
Электронная почта: [michele.tansella@univr.it](mailto:michele.tansella@univr.it)

**Выражение признательности.** Нам хотелось бы выразить признательность профессору Sir David Goldberg и анонимным составителям обзоров СФДЗ ВОЗ за их конструктивный вклад в составление данного доклада.

## **Введение**

Проблема психических расстройств является очень важной для общественного здравоохранения. И хотя существуют различные способы оценки последствий данного медицинского состояния, традиционный путь оценки бремени заболевания - по частоте, распространенности заболевания и смертности - не подходит для характеристики хронических болезней и состояний, приводящих к инвалидизации. Наилучшим способом измерения глобального бремени психических болезней может явиться индекс DALY - индекс, отражающий число лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности<sup>1</sup> (1, 2). По оценкам на основании этого индекса в 2000 г. на психические расстройства приходилось около 12-15 % суммарного бремени инвалидности в мире, что превышает соответствующие уровни по сердечно-сосудистым болезням и вдвое выше – по онкологическим заболеваниям. Если рассматривать лишь один компонент инвалидности, не учитывая смертность, то по международной статистике из всех человеко-лет жизни, прожитых с инвалидностью, 30% приходится на инвалидность, связанную с нейропсихиатрическими расстройствами.

Последние двадцать лет идут споры между сторонниками предоставления психиатрического лечения и ухода в стационарах и теми, кто считает, что лучше предоставлять такое лечение и уход в первую очередь или даже исключительно по месту проживания. Третьим вариантом является использование как услуг по месту проживания, так и стационарной помощи. В этой модели сбалансированной медицинской помощи, основной акцент делается на предоставление услуг в обычных условиях на территории проживания обслуживаемого населения, а в стационары пациенты направляются только тогда, когда в этом возникает необходимость. При этом госпитализация производится без промедлений, а период пребывания пациента в стационаре сокращается настолько это возможно. Такая сбалансированная модель оказания услуг по месту проживания выходит за рамки риторического вопроса о том, что лучше – стационарная помощь или помощь по месту проживания. Вопрос ставится иначе – какое сочетание подходов является наилучшим для определенной территории в определенный период времени.

В данном докладе рассматривается ряд ключевых вопросов, относящихся к формированию политики:

В каком объеме следует оказывать услуги по охране психического здоровья по месту проживания и в условиях стационара?

Какие услуги по охране психического здоровья считаются основными?

Каковы должны быть приоритеты в области охраны психического здоровья в странах с низким, средним, и высоким уровнем обеспеченности ресурсами?

Какими доводами и фактическими данными в этой области мы располагаем?

Целью данного документа является обеспечение лиц, формирующих политику, обобщенными фактическими данными научных исследований и другой имеющейся по этим вопросам информации. В нем рассматриваются в основном услуги, ориентированные на взрослых; отдельно не обсуждаются вопросы охраны психического здоровья детей, лиц престарелого возраста, или лиц, страдающих в основном от злоупотребления алкоголем или другими лекарственными и наркотическими средствами.

---

<sup>1</sup> Индекс DALY учитывает число лет жизни, потерянных в результате преждевременной смерти, вместе с числом лет жизни, потерянными в результате инвалидности.

## Источники для данного обзора

При подготовке данного доклада использовались научные статьи из двух источников. Во-первых, осуществлялся поиск в базе данных MEDLINE периода с 1980 г. по апрель 2003 г., при этом использовалась цепочка понятий «психическое, по месту проживания, стационарное»; в результате поиска было выявлено более 3000 научных статей. Сузив поиск до англоязычных обзорных статей, в конечном итоге мы располагали лишь 141 статьей. Во-вторых, был осуществлен поиск других систематических обзоров по данному вопросу в базе данных Кокрановской библиотеки.

## История вопроса

Современная история развития служб охраны психического здоровья может быть разделена на три периода, а именно: развитие концепции создания психиатрических больниц и традиционной стационарной помощи; спад развития концепции психиатрических больниц; возникновение концепции сбалансированной помощи (4). В приложении 1 в обобщенном виде приводятся ключевые характеристики каждого периода.

*Период 1. Идея создания и интенсивного использования психиатрических больниц* получила наибольшее развитие примерно в период с 1880 г. по 1950 г. во многих развитых странах (5). Этот период был отмечен созданием новых и укрупнением уже существующих психиатрических больниц, находящихся в отдалении от обслуживаемого населения. Такие больницы предлагали в основном содержание под охраной и лишь самое необходимое для выживания пациентов с широким диапазоном клинических расстройств и аномалий в социальном плане. Теперь мы располагаем фактическими данными, свидетельствующими об очень низких уровнях лечения и ухода, предоставляемых психиатрическими больницами (6). Тем не менее, в некоторых странах, особенно в экономически менее развитых странах, почти все услуги по охране психического здоровья предоставляются только в стенах психиатрических больниц.

*Период 2. Спад развития идеи* во многих экономически развитых странах произошел примерно после 1950 года, когда стали очевидны недостатки работы этой модели оказания помощи (7). И возможно самыми большими недостатками являлось то действие, которое эта модель оказывала на пациентов, включая прогрессирующую потерю жизненных навыков и рост «симптомов дефицита» или «институционализма» (7). Также вызывали опасения повторяющиеся случаи плохого обращения с пациентами, географическая и профессиональная изоляция этих учреждений и персонала, применение ненадлежащих процедур, недостаточно четкое сообщение о происходящем и неадекватная отчетность, просчеты в управлении, руководстве и администрировании, недостаточное финансирование, неэффективное укомплектование кадрами и неадекватные меры инспектирования и обеспечения качества. Все это привело к необходимости осуществления деинституционализации, которая характеризуется тремя основными компонентами:

- предотвращение необоснованной госпитализации в психиатрические больницы путем обеспечения пациентов соответствующими специальными домами для проживания на уровне местных сообществ;
- выписка пациентов, длительно находившихся в стационаре и получивших адекватную подготовку, по месту жительства;
- создание и развитие систем поддержки неинституционализированных пациентов по месту жительства.

*Период 3. Сбалансированная помощь* включает целый набор услуг по месту проживания в условиях местного сообщества. В процессе развития служб, становление которых еще не произошло в ряде мест, следует сохранять все преимущества стационарного обслуживания, при этом избегая его негативных аспектов. Целью оказания сбалансированной помощи является предоставление услуг такими службами, которые:

- находятся рядом с домом, включая современные больницы для неотложной госпитализации и интернатные учреждения для длительного ухода, расположенные на территории обслуживаемого населения;
- являются мобильными, включая услуги по обеспечению лечения на дому;
- направлены на решение проблем нетрудоспособности равно как и симптомов проявления болезни;
- предоставляют лечение и уход, необходимые при данном конкретном диагнозе и потребностях каждого индивидуума;
- соответствуют положениям международных конвенций о правах человека;
- отражают первоочередные потребности самих пользователей услуг; и
- координируются в единой системе провайдеров услуг по охране психического здоровья и соответствующих учреждений.

## **Компоненты интегрированных служб**

Требуется адекватное интегрирование различных элементов сбалансированной помощи в единую систему. *Следует избегать сегментарного подхода*, при котором элементы программ, такие как центры дневного ухода или амбулаторные клиники, функционируют в большой степени независимо от других элементов, вне рамок единой налаженной системы. Значительно более эффективным является *интегрированный подход* к предоставлению услуг, при котором отдельные компоненты являются взаимозависимыми частями целостной системы предоставления помощи.(4) Операционные характеристики, такие как степень связанности между собой отдельных элементов системы, зависят от выбора руководящих принципов. Сбалансированные услуги охраны психического здоровья, предоставляемые по месту проживания, отражают ряд ключевых принципов: автономность, последовательность, эффективность, доступность, всеобъемлемость, равенство, подотчетность, координация и результативность (8) (смотри Приложение 2, в котором приводятся определения этих понятий).

В Таблице 1 представлена схема, которая может оказать помощь в принятии решений относительно сбалансированных услуг по охране психического здоровья. Таблица составлена в соответствии с положениями, предложенными в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире: Психическое здоровье. (2). Не существует согласованных социально-экономических критериев (таких, как валовой национальный доход на душу населения), по которым можно было бы отнести страны к одной из нижеследующих групп.

**Таблица 1. Компоненты служб по охране психического здоровья для стран с низкими, средними и высокими уровнями обеспеченности ресурсами.**

Страны с низкими уровнями обеспеченности ресурсами	Страны со средними уровнями обеспеченности ресурсами	Страны с высокими уровнями обеспеченности ресурсами
(а) Службы охраны психического здоровья на уровне первичного звена с привлечением специализированных психиатрических услуг	(а) Службы охраны психического здоровья на уровне первичного звена с привлечением специализированных психиатрических услуг и (b) Основные (традиционные) службы охраны психического здоровья	(а) Службы охраны психического здоровья на уровне первичного звена с привлечением специализированных психиатрических услуг и (b) Оказание обычной медицинской помощи в отношении психического здоровья (c) Специализированные/ дифференцированные услуги в отношении психического здоровья
Скрининг и оценка работниками первичной медико-санитарной помощи	Поликлиники/ амбулаторные клиники	Специализированные клиники, направленные на лечение конкретных расстройств или групп пациентов, включая: <ul style="list-style-type: none"> <li>• расстройства, связанные с приемом пищи</li> <li>• двойной диагноз</li> <li>• трудно поддающиеся лечению аффективные расстройства</li> <li>• службы для подростков</li> </ul>
Психотерапевтическая беседа как вид лечения, включая консультирование и рекомендации	Бригады медработников, обеспечивающие охрану психического здоровья по месту проживания (БОПЗП)	Специализированные БОПЗП, включают: <ul style="list-style-type: none"> <li>• бригады раннего вмешательства</li> <li>• бригады, оказывающие активное лечение по месту проживания (АЛП)</li> </ul>
Фармакологическое лечение	Неотложная стационарная помощь	Альтернативы неотложной госпитализации: <ul style="list-style-type: none"> <li>• бригады, оказывающие лечение на дому/в кризисных ситуациях</li> <li>• кризисные центры для временного пребывания</li> <li>• дневные стационары для оказания неотложной помощи</li> </ul>
Связь с работниками специализированных служб охраны психического здоровья и обучение, когда это возможно.		
Ограниченная помощь специалистов в следующих случаях:		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• обучение</li> <li>• консультация в сложных случаях</li> <li>• оценка стационарных пациентов и лечение в случаях, которые не поддаются лечению в первичном звене</li> </ul>	Долгосрочная помощь по месту проживания (в том числе в домах интернатного типа)	Альтернативные виды долгосрочной стационарной помощи по месту проживания, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> <li>• плотно укомплектованные круглосуточно работающими кадрами интернатные учреждения для долгосрочного пребывания</li> <li>• менее плотно укомплектованные кадрами интернатные учреждения</li> <li>• независимые учреждения</li> </ul>
	Профессиональная/дневная помощь	Альтернативные формы производственной и профессиональной реабилитации: <ul style="list-style-type: none"> <li>• защищенные рабочие помещения</li> <li>• организация рабочих мест под надзором</li> <li>• кооперативные рабочие программы</li> <li>• самопомощь и группы поддержки</li> <li>• клубные дома/программы временного трудоустройства</li> <li>• профессиональная реабилитация</li> <li>• службы индивидуального трудоустройства и реабилитации</li> </ul>

В таблице указывается, что в странах с низким ресурсным обеспечением, возможно, персоналу первичного звена потребуется предоставлять большую часть, а возможно и все услуги в отношении психического здоровья в условиях первичной медико-санитарной помощи, прибегая к помощи специалистов для обучения, консультаций, обследования и оценки стационарных пациентов и лечения, т.е. принятия тех мер, которые не могут быть осуществлены в первичном звене(9). Некоторые страны с низкими уровнями обеспеченности ресурсами могут все еще даже не иметь психиатрических больниц (10). Там медико-санитарная помощь на уровне общин отражает общее широко распространенное пренебрежительное отношение к психически больным людям. В тех странах, где психиатрические больницы не существуют, лицам, формирующим политику, предстоит сделать выбор: повысить качество предлагаемой медико-санитарной помощи (10) или взамен этого использовать ресурсы более крупных больниц для создания децентрализованных служб (11). Данные, представленные в Таблице 2, наглядно показывают, какая грандиозная разница в этой области существует между странами с низкими и высокими уровнями обеспеченности ресурсами (11, 12, 13, 14).

**Таблица 2. Основные показатели программы в области охраны психического здоровья в Европе и Африке**

Показатель	Европа	Африка
Число психиатров на 100 000 человек	5.5–20.0	0.05
Число психиатрических коек на 100 000 человек	87	3.4
Доля общего бюджета здравоохранения, выделяемая на охрану психического здоровья – в процентах	5–10%	менее 1% в 80% стран

Страны со средними уровнями обеспеченности ресурсами сначала могут создать компоненты служб, представленных во второй колонке Таблицы 1, с тем, чтобы позднее, если позволят ресурсы, создать какие-либо более дифференцированные службы из числа представленных в третьей колонке.

Выбор служб, которые следует развивать в первую очередь, зависит от местных условий, включая существующие традиции, и специфику конкретных служб, предпочтения потребителей, лиц, оказывающих уход и специалистов, преимущества и недостатки существующей службы, а также зависит от трактовки имеющихся данных в этой области применительно к местным условиям. Следует также иметь в виду, что модели оказания медико-социальной помощи, пригодные и доступные в финансовом отношении для стран с высоким ресурсным обеспечением, могут оказаться совершенно непригодными для стран с низким уровнем обеспечения ресурсами.

В каждой стране следует использовать имеющиеся фактические данные и иную имеющуюся информацию, включая существующие на местном уровне знания и опыт (3). Безусловно, отсутствие научно обоснованных фактических данных о работе какой-то определенной службы или каком-либо виде лечения не обязательно означает, что они не эффективны; это лишь означает, что они еще не подвергались оценке с использованием строгой научной методологии. Различные учреждения, ведомства и другие участники, включая пациентов, семьи пациентов, лиц, оказывающих уход, представляют собой важный источник информации, который можно задействовать при принятии решений на местах (15).

## **Компоненты сбалансированной медицинской помощи в рамках службы охраны психического здоровья**

### **Первичная медико-санитарная помощь в области охраны психического здоровья с привлечением специалистов**

В каждой стране существует широко распространенная практика решения определенных психологических проблем у пациентов в условиях оказания первичной и общей медико-санитарной помощи, при этом распространенность этих проблем в данных условиях составляет в среднем 24%. Такого рода нарушения часто сопровождаются выраженной нетрудоспособностью, в степени, пропорциональной числу имеющихся симптомов (16). В результате проведенных исследований (17, 18) был сделан ряд важных выводов:

- Практически в каждой стране большинство лиц с психическими нарушениями не посещают специализированные учреждения.
- Психологические нарушения могут повлиять на восприятие пациентами состояния своего психического здоровья.
- Большинство работников первичного звена обладают знаниями о психологических нарушениях, но клиническая выявляемость остается на очень низком или среднем уровне по сравнению с частотой возникновения этих проблем в реальной жизни.

- Психические расстройства у пациентов в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения и тяжелое бремя для общества.
- Лечение нарушений психического здоровья должно являться составной частью первичной медико-санитарной помощи.
- Одной из первоочередных задач должно стать обучение работников первичного звена тому, как распознавать и лечить психические расстройства, с тем чтобы эти навыки стали неотъемлемой частью и их профессиональных обязанностей.

В странах с низкими уровнями обеспечения ресурсами (смотри Таблицу 1) большая часть случаев психических нарушений должна диагностироваться и лечиться в условиях первичной медико-санитарной помощи с привлечением специализированной психиатрической помощи в случае необходимости (2, 5). В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире утверждается, что возможно интегрировать лечение основных видов лечения психических нарушений в системы оказания первичной медико-санитарной помощи этих стран (2).

### **Основная помощь в области охраны психического здоровья**

В понятие основной помощи в области охраны психического здоровья входит работа целого ряда служб, существующих в странах, которые могут позволить нечто большее, чем систему первичной медико-санитарной помощи с привлечением специализированных услуг. Тем не менее, выявление и лечение психических болезней, особенно депрессии и нарушений, связанных с состоянием беспокойства, все-таки в основном является задачей медицинских работников первичного звена. Von Korff и Goldberg (19) рассмотрели 12 различных рандомизированных контролируемых испытаний, предметом изучения которых являлось предоставление усиленной медицинской помощи в случае тяжелой депрессии в условиях первичной медико-санитарной помощи. Они показали, что в отсутствие вмешательств в течение таких заболеваний часто временно наступают состояния ремиссии, а также что вмешательства должны основываться на малозатратном ведении случаев заболеваний. При этом требуются гибкие и доступные рабочие отношения между лицом, осуществляющим ведение случая заболевания, т.е. общую координацию, врачом первичного звена и специалистом-психиатром. Оказываемая помощь должна быть усилена путем привлечения работника, ведущего данный случай заболевания (роль которого часто выполняет медсестра первичного звена), к активному последующему наблюдению за пациентом, который следит за выполнением предписанного лечения и корректирует его в том случае, если состояние пациента не улучшается, и направляет его к специалисту в случае необходимости (19, 20). Имеющиеся данные свидетельствуют в пользу многопланового подхода, поскольку стратегия, направленная лишь на подготовку и поддержку врачей общей практики, оказалась не эффективной (21).

Поскольку специализированные психиатрические службы существуют в ограниченном количестве и являются дорогостоящими, их роль должна сводиться в основном к следующему:

- оценка и диагностика сложных случаев, а также случаев, требующих второго мнения специалиста;
- лечение пациентов с наиболее тяжелыми симптомами;

- оказание медицинской помощи лицам, имеющим самую высокую степень инвалидизации в результате психического заболевания; и
- назначение рекомендаций пациентам, состояние которых не улучшилось в результате первичного лечения.

Для того, чтобы иметь возможность выполнять эту функцию, службам следует установить приоритеты для потребителей специализированной помощи. Эффективные специализированные службы в основном непосредственно предоставляют услуги лицам с тяжелым психическим заболеванием. Это означает проведение лечения тяжелых расстройств на высоком уровне, соответствующем клиническим стандартам доказательной медицины, независимо от того, сопровождаются эти состояния психозом или нет, является ли состояние острым или острота купирована. Специалисты психиатрических служб также должны предлагать проведение консультаций и поддержку работникам первичного звена и других служб, занимающихся лечением распространенных психических расстройств, при этом особое внимание уделяется состояниям, плохо поддающимся лечению и приводящим к хронической инвалидизации, которые встречаются в этих условиях. По всем пяти категориям, представленным во второй колонке Таблицы 1, необходимо обеспечить достаточный объем услуг. А для этого требуется оценить необходимый для обеспечения каждой категории потенциал, учитывая услуги, имеющиеся по другим категориям. Такой подход называют иногда *целостным системным планированием* (4).

#### ***Поликлиники/ амбулаторные клиники***

Они могут существовать в виде клинических служб, например, на базе центров здоровья на уровне первичного звена, больниц общего профиля и районных центров охраны психического здоровья, в которых медперсонал, обученный в области охраны психического здоровья, предлагает проведение обследования и лечения, включая вмешательства фармакологического, психологического и социального характера. На практике функционирование этих служб может носить весьма разнообразный характер, например:

- пациенты могут обращаться в эти службы по направлению других учреждений, как, например, учреждений первичной медико-санитарной помощи, а также самостоятельно, без какого-либо направления;
- эти центры могут принимать пациентов по предварительной записи или без таковой;
- осуществлять прием могут либо только врачи, либо врачи совместно с другими специалистами;
- оплата услуг может носить прямой или опосредованный характер;
- могут существовать или не существовать меры контроля и меры поощрения посещений пациентов; и
- может существовать или не существовать система регулирования периодичности и длительности посещения таких клиник.

Весьма примечательно, что существует очень небольшое количество научных исследований по вопросу о результативности применения этих различных вариантов поликлинической работы (22). Но, несмотря на это, во многих странах медицинская общественность сходится во мнении о том, что такие учреждения предлагают относительно эффективный способ оценки и лечения состояний, связанных с психическими нарушениями в том случае, если эти учреждения доступны для местного

населения. Такие клиники предлагают лишь новые организационные варианты налаживания контакта между медперсоналом и пациентами, но ключевой вопрос состоит в том, каково содержание проводимых ими клинических вмешательств, и продемонстрировали ли научные исследования их результативность.(10)

### **Бригады, обеспечивающие охрану психического здоровья по месту проживания (БОПЗП)**

БОПЗП являются стержнем работы служб охраны психического здоровья на уровне местного сообщества. Наиболее простой моделью обслуживания на уровне местного сообщества является предоставление медико-санитарной помощи неспециализированного, общего характера. БОПЗП осуществляют широкий круг мер в рамках определенной территории (по участковому принципу), при этом первоочередное внимание уделяется взрослым с тяжелыми психическими заболеваниями. Фактические данные, полученные из исследований, проведенных в Соединенном Королевстве (23, 24, 25, 26, 27), свидетельствуют о том, что такие неспециализированные многопрофильные бригады приносят очевидную пользу. БОПЗП могут укреплять связь со службами охраны психического здоровья, способствовать большей удовлетворенности пациентов и более полному удовлетворению их потребностей. Тем не менее, работа этих бригад не приводит к значительному улучшению в социальном плане и в отношении уменьшения выраженности симптомов. Основными преимуществами их работы является большая степень непрерывности и гибкости обслуживания (28). Тот факт, что пациенты в течение длительного времени имеют дело с одним и тем же персоналом, благотворно сказывается на их состоянии, а в ситуациях кризиса такие взаимоотношения могут оказать неоценимую помощь. Способность выездных бригад посещать пациентов на дому, на работе или встречаться в каких либо общественных местах, например в кафе, способствует более частому выявлению рецидивов болезни на ранней стадии и своевременному лечению, при этом существует большая вероятность того, что пациенты будут лучше соблюдать предписанную схему лечения (29).

Такие специализированные бригады имеют возможность работать достаточно гибко, в какие-то моменты, когда это необходимо, активизируя свою деятельность в соответствии с потребностями пациента без перевода его в сферу обслуживания другой бригады. Некоторым пациентам, на состоянии которых благотворно сказываются частные контакты и выезды бригады в определенный период, например во время рецидива болезни, может требоваться относительно небольшое внимание со стороны персонала этой бригады в периоды ремиссии. Специализированные бригады, обязанностью которых является предоставление интенсивной помощи, лишены возможности применять столь гибкий подход (30).

### ***Ведение случаев заболеваний***

Ведение случаев определено (31) как «координация, интеграция, предоставление помощи с индивидуальным подходом при ограниченных ресурсах». Подразумевается в большей степени метод предоставления помощи, чем клиническое вмешательство как таковое. В настоящее время существует значительное количество научных исследований (32, 33, 34, 35, 36), свидетельствующих об умеренной результативности этого подхода применительно к таким параметрам, как непрерывность обслуживания, качество жизни и удовлетворенность пациента, однако сведения относительно его влияния на использование стационарных служб противоречивы. Следует четко разграничивать понятия ведение случаев от более специфичного и интенсивного метода *активного лечения по месту проживания* (смотри ниже). Имеющиеся данные (37) свидетельствуют о

том, что наибольшую пользу приносят ведение случаев заболеваний бригадами, обеспечивающими охрану психического здоровья по месту проживания.

### ***Неотложная стационарная помощь***

Не существует данных, по крайней мере, для стран со средними и высокими уровнями обеспеченности ресурсами, которые утверждали бы, что сбалансированная медицинская помощь может быть совершенно лишена компонента неотложной госпитализации. Ряду пациентов, проявляющим резко негативное отношение к стационарной психиатрической помощи, могут быть предложены в качестве альтернативы такие услуги, как лечение бригадами на дому, обслуживание в кризисных домах и оказание неотложной помощи в дневном стационаре. Тем не менее, некоторым группам пациентов – тем, кто нуждается в экстренном медицинском освидетельствовании, и тем, кто страдает от тяжелых и угрожающих жизни соматических болезней и психических состояний, тяжелых рецидивов психических болезней и от поведенческих нарушений, а также лицам со склонностью к насилию или самоубийству, находящимся в остром нейropsychиатрическом состоянии, либо лицам преклонного возраста с тяжелыми сопутствующими физическими нарушениями – порой незамедлительно требуется высокоинтенсивная медицинская помощь в отделениях интенсивной терапии стационаров, которую иногда приходится оказывать в принудительном порядке.

По вопросам многочисленных аспектов стационарной помощи имеется относительно небольшое количество данных, а большая часть проведенных в этой области исследований носит описательный характер (38). Лишь один из нескольких имеющихся систематических обзоров (39) свидетельствует об отсутствии различий в клинических исходах при сравнительном изучении случаев обычно практикуемой неотложной госпитализации и плановой краткосрочной госпитализации. В общих чертах можно представить эту проблему таким образом, что необходимость в службах неотложной госпитализации не подвергается сомнению, однако число коек, которое требуется, в большой степени зависит от наличия иных служб и местных социальных и культурных характеристик, таких как, например, толерантность к нарушениям в поведении (4). Обычно затраты на госпитализацию по неотложным показаниям составляют большую часть всего бюджета, отведенного на охрану психического здоровья (40). Поэтому важной задачей может стать сведение к минимуму количества койко-дней, например, за счет сокращения средней продолжительности госпитализации, если высвобожденные ресурсы могут быть направлены на становление других служб охраны психического здоровья. Учитывая, что странам со средними и высокими уровнями обеспеченности ресурсами все-таки требуется предоставлять стационарные услуги в определенном объеме, настоятельно возникает вопрос, как обеспечить предоставление такого рода услуг наиболее гуманным образом, приемлемым для пациентов, например, предоставляя им отделения в больницах общего типа (41, 42).

### ***Долгосрочное обслуживание по месту жительства***

Большие психиатрические больницы, если таковые имеются, преимущественно занимаются предоставлением длительной помощи хроническим больным, а не помощью в неотложных случаях. С точки зрения формирования дальнейшей политики важно решить вопрос о том, следует ли продолжать лечить хронических больных в таких больницах на долгосрочной основе, либо переводить их для долгосрочного лечения по месту проживания. Ответ на этот вопрос ясен для стран со средними и высокими уровнями обеспеченности ресурсами. При тщательно спланированной и осуществленной деинституционализации исходы для больных, которые переведены на лечение по месту

проживания, более благоприятны (43, 44, 45). В рамках Лондонского научного исследования TAPS (6) проводилось наблюдение более чем за 95% пациентов из числа 670 не страдающих слабоумием пациентов после выписки из стационара, где они находились на длительном лечении. Были получены вселяющие надежду результаты:

- По истечении пятилетнего срока две трети пациентов продолжали жить у себя дома.
- Перевод пациентов для ухода по месту жительства не привел к повышению уровня смертности или самоубийств среди них.
- Менее одного из 100 пациентов оказались бездомными, и ни один пациент из проживающих в домах с медицинским обслуживанием не выпал из поля зрения работников, проводивших последующее наблюдение.
- В течение этого пятилетнего периода более трети пациентов повторно госпитализировались, а в конце этого периода 10% пациентов оказались в больнице. (В ходе проведения Скандинавского многоцентрового исследования были выявлены аналогичные уровни повторной госпитализации (46)).
- В целом качество жизни выписанных по месту жительства пациентов намного улучшилось, но инвалидизация сохранялась в силу характера тяжелых психических расстройств (6).
- В целом разница в затратах между стационарным обслуживанием и обслуживанием по месту жительства крайне незначительна, но проведенная экономическая оценка позволяет предположить, что обслуживание по месту жительства является более экономически эффективным, чем обслуживание пациентов при длительном пребывании в стационаре за счет повышения результативности при лечении по месту жительства.

Надо сказать что, как и в случае с неотложной стационарной помощью, диапазон и объемы помощи по месту жительства, необходимые на определенной территории, в большой степени зависят от наличия других служб охраны психического здоровья, а также местных социальных и культурных факторов . (47).

### ***Профессиональная реабилитация и дневное обслуживание***

Уровень безработицы среди лиц с психическими нарушениями обычно намного превышает уровень безработицы населения в целом (48, 49). Традиционно для проведения трудотерапии особенно по отношению к хроническим пациентам и лицам с психическими нарушениями, приводящими к большей степени инвалидизации, предлагались дневные центры и разнообразные нестандартизированные реабилитационные центры (50, 51). Эти традиционные формы дневного обслуживания крайне мало изучались в научных исследованиях. В ходе проведенного обзора 300 научных статей не было обнаружено ни одного соответствующего рандомизированного контролируемого исследования, а результаты нерандомизированных научных исследований оказались противоречивыми. До получения более достоверных фактических данных представляется целесообразным в странах со средними уровнями обеспеченности ресурсами принимать решения относительно организации работы реабилитационных служб и служб по дневной помощи, исходя из местных возможностей, при условии недостаточного финансирования каких-либо специализированных служб (52).

### ***Координация***

Залогом успешной работы службы охраны психического здоровья в целом является отлаженная работа всех связующих звеньев этой единой цепи официальных, добровольных и общественных организаций. Может возникать необходимость перевода пациентов из одной структуры в другую или иного рода взаимодействий между всеми этими организациями, включая также следующие учреждения и ведомства:

- службы общественного здравоохранения ( в том числе службы, занимающиеся общими проблемами физического здоровья, стоматологии и гигиены полости рта, первичной медико-санитарной помощи, судебно-медицинскими проблемами, проблемами лиц преклонного возраста, нарушениями способности к обучению, психическими дефектами, задержкой психического развития и психотерапевтическими потребностями);
- социальные службы и учреждения социального обеспечения (предоставляющие субсидии, помощь на дому и т.д.);
- учреждения по работе с недвижимостью (предоставляющие дома для проживания пациентов, укомплектованные медперсоналом или без такового, а также предоставляющие обслуживание по месту проживания);
- другие правительственные организации (в том числе полицейские участки и тюрьмы); и
- неправительственные организации или НПО (включая религиозные организации, группы добровольцев и частные коммерческие организации).

Для эффективной координации работы различных компонентов службы необходимо создать местную организацию по планированию, хотя следует отметить, что непосредственно вопрос о степени интеграции служб не рассматривался как таковой в систематических обзорах рандомизированных контролируемых испытаний (53).

### **Специализированные и дифференцированные службы охраны психического здоровья**

Сбалансированный подход к оказанию услуг по охране психического здоровья на уровне местного сообщества предлагает создание комплекса служб, сочетание и масштабность которых в большой степени зависят от имеющихся ресурсов. В районах с высокими уровнями ресурсного обеспечения представляется возможным помимо упомянутых выше служб развивать специализированные и дифференцированные службы, направленные на решение конкретных задач и ориентированные на определенные подгруппы пациентов. При отлаженной их работе может снизиться потребность в основных службах: например, бригады, осуществляющие лечение на дому, могут взять на себя некоторые функции, которые в настоящее время выполняют службы неотложной стационарной помощи. Весьма примечательно, что эти более современные и инновационные формы обслуживания изучены значительно более глубоко и тщательно в отличие от каких-либо отдельных звеньев описанных выше служб. А в странах с небольшими доходами вообще проведено крайне небольшое количество высококачественных научных исследований по вопросам здравоохранения. (54, 55).

#### ***Специализированные поликлиники/амбулаторные клиники***

В странах с высокими уровнями обеспеченности ресурсами широко распространены специализированные поликлиники, занимающиеся вопросами конкретных расстройств

или групп пациентов. Такие поликлиники занимаются следующими проблемами и группами населения:

- нарушения, связанные с процессом питания
- пациенты с двойным диагнозом (например, психотические расстройства и токсикомания)
- трудно поддающиеся лечению аффективные и психотические нарушения
- другие специфические расстройства (например, посттравматический синдром)
- специализированные формы психотерапии
- страдающие психическими расстройствами лица, находящиеся в местах лишения свободы
- страдающие психическими заболеваниями матери и их дети.

Решение о создании таких специализированных клиник должны приниматься на местном уровне с учетом ряда факторов, включая приоритетность существующих проблем, выявленные в работе существующих служб охраны психического здоровья недостатки и возможности финансирования.

***Специализированные бригады, обеспечивающие охрану психического здоровья по месту проживания (БОПЗП)***

Специализированные БОПЗП являются наиболее широко исследованным компонентом сбалансированной помощи; самые современные рандомизированные контролируемые исследования и систематические обзоры в этой области посвящены именно таким бригадам (33). В дополнение к БОПЗП особенно хорошо прижились два типа бригад: бригады активного нестационарного лечения (АНЛ) и бригады раннего вмешательства.

***Бригады активного лечения по месту проживания (АЛП)***

Бригады АЛП являются выездными бригадами, осуществляющими лечение лиц с психическими расстройствами, приводящими к большей степени инвалидизации. Эти бригады можно охарактеризовать следующими общими чертами (56, 57, 58):

- небольшая рабочая нагрузка (бригада примерно из 10 человек занимается приблизительно 100 пациентами)
- непрерывное предоставление услуг (работают круглосуточно 7 дней в неделю)
- лекарственные средства доставляются членами бригады пациентам ежедневно, если это необходимо
- возможность для пациента для перехода на уровень менее интенсивных вмешательств
- командная работа психиатров, медсестер и других специалистов
- осуществление контроля за расходом финансовых средств пациента или непосредственное их распределение
- деятельность этих бригад в 80 % случаев должна проводиться вне стационара.

В настоящее время существуют убедительные доказательства того, что в странах с высокими уровнями обеспеченности ресурсами активное нестационарное лечение лиц с психотическими расстройствами, приводящими к тяжелой инвалидизации, может способствовать улучшению ряда показателей:

- снижение числа случаев госпитализации и стационарных койко-дней при неотложной госпитализации
- улучшения в бытовой и профессиональной адаптации
- повышение удовлетворенности пациентов.

Не существует данных свидетельствующих о том, что АЛП приводит к улучшениям в психическом состоянии или социальном поведении. В сравнении с обычными службами АЛП приводит к снижению затрат на пребывание в стационаре, но не оказывает никакого влияния на величину общих затрат, связанных с обслуживанием (59, 60, 61). Тем не менее, еще предстоит выяснить вопрос о том, в каком объеме целесообразно предоставлять АЛП пациентам в странах с низкими и средними уровнями обеспеченности ресурсами. Но уже имеются фактические данные (62, 63, 64), свидетельствующие о том, что потребность в АЛП может быть не так велика в условиях, где в рамках обычных служб уже обеспечивается высокое качество и непрерывность ухода.

### ***Бригады раннего вмешательства***

В последние годы значительно возрос интерес к проблеме быстрого выявления и лечения первых проявлений психоза или выявления его на ранних стадиях. В большом количестве работ в центре внимания ученых находилась проблема продолжительности периода времени между первым отчетливым проявлением симптомов и началом контакта с лечебными службами, который называют «продолжительность периода нелеченого психоза» (ПНП). В настоящее время появляются фактические данные, свидетельствующие о том, что большая ПНП приводит к худшим исходам в отношении психоза. Имеется лишь небольшое количество опубликованных контролируемых испытаний по изучению вмешательств в этой области; не существует также ни одного Кокрановского систематического обзора по этой проблеме, поэтому несколько преждевременно делать вывод о том, следует ли отводить высоко приоритетное место в этом отношении бригадам раннего вмешательства (65, 66, 67, 68, 69, 70).

### ***Варианты, альтернативные неотложной стационарной помощи***

За последние годы получили свое развитие три основные альтернативные формы неотложного лечения: дневные стационары для оказания неотложной помощи, кризисные центры и бригады по лечению на дому/в кризисных ситуациях.

*Дневные стационары неотложной помощи* – это учреждения, предлагающие программы дневного лечения для лиц с неотложными и тяжелыми психиатрическими проблемами, в качестве альтернативы экстренной госпитализации. В результате недавно проведенного систематического обзора 9 рандомизированных контролируемых испытаний было установлено, что оказание неотложной помощи в условиях дневного стационара является пригодным примерно для 1/3 - 1/4 лиц, которых в противном случае следовало бы госпитализировать. В дневном стационаре такого рода улучшения наступают быстрее, а затраты меньше. Целесообразно поэтому сделать вывод о том, что оказание неотложной помощи в дневном стационаре является эффективным альтернативным вариантом при высоком спросе на стационарное лечение (71, 72).

*Кризисные центры* представляют собой дома, расположенные на территории проживания обслуживаемого населения, укомплектованные специалистами по предоставлению помощи в области психического здоровья и предлагающие временное проживание некоторым пациентам, которые в противном случае должны были бы воспользоваться госпитализацией в стационар по показаниям острых и тяжелых

психических расстройств.<sup>1</sup> Относительно небольшое количество существующих исследований по изучению функционирования таких кризисных центров не только обнаружили (38, 73, 74) что они являются весьма приемлемыми для тех кто в них проживает, но также приходят к выводу (74) о том, что они могут явиться заменой госпитализации примерно для четверти всех пациентов, которые госпитализируются в стационары, и что пребывание в таких домах может быть более результативно по отношению к затратам, чем пребывание в стационаре. Особый тип кризисного центра для пациентов с психозом являет собой модель Soteria, существующая в Соединенных Штатах Америки. Были продемонстрированы преимущества использования такой организации лечения по сравнению с обычно принятым стационарным лечением. (75)

*Бригады по лечению на дому/в ситуациях кризиса* являются выездными БПОЗП, которые оценивают состояние пациентов во время психиатрических кризисов и затем осуществляют интенсивное лечение и уход на дому, для того чтобы избежать или свести к минимуму использование неотложной госпитализации или не прибегать к ней вовсе. В ходе составления двух последних Кокрановских систематических обзоров (76, 77) было выявлено, что большая часть исследований по изучению работы таких бригад проводилась в Соединенных Штатах Америки и Соединенном Королевстве. Вывод состоит в том, что в результате работы бригад, предоставляющих лечение на дому, сокращается число дней, которые пациенты в состоянии психического кризиса проводят в стационаре, особенно в том случае, если бригады осуществляют регулярный патронаж и занимаются не только вопросами здоровья, но также и вопросами социального обслуживания.

#### ***Альтернативные формы ухода по месту проживания***

Программы охраны психического здоровья, целью которых является сокращение использования крупных психиатрических клиник, обычно предоставляют долгосрочный уход пациентам, переведенным на форму обслуживания с проживанием в специально предназначенных для этой цели домах на территории обслуживаемого населения (43, 78, 79). Такой уход обычно является непосредственной заменой долгосрочной госпитализации. Пациенты могут помещаться в пансионаты с медико-социальным уходом и специальные дома, имеющие штат обученных медсестер, помощников медсестер и другой вспомогательный персонал, осуществляющий уход круглосуточно. На более поздних этапах часто создаются более специализированные формы ухода по месту проживания с целью предоставления различных уровней поддержки лицам с психическими расстройствами, не способным к самостоятельному проживанию без посторонней помощи. Такие дифференцированные формы ухода по месту проживания можно разделить на три основные категории:

- 1. Уход по месту проживания с круглосуточным обслуживанием медперсоналом* – хорошо укомплектованные медперсоналом дома гостиничного типа, дома с обеспечением ухода или интернатные учреждения (различие состоит в степени квалификации обслуживающего персонала);
- 2. Дома для проживания пациентов, где обслуживающий персонал работает лишь в дневное время* – дома гостиничного типа или пансионаты, обслуживаемые персоналом в определенное время дня несколько дней в неделю; и

---

<sup>1</sup> Хотя уже существует большое разнообразие приютов, убежищ, например для женщин, которые ищут пристанище в связи с проблемами домашнего насилия, в данном контексте термин «кризисный центр» означает учреждение из сферы охраны психического здоровья, который предлагает один из вариантов замены принудительной госпитализации в стационар.

3. Дома для проживания пациентов с меньшей поддержкой со стороны персонала – дома гостиничного типа или пансионаты без постоянного персонала, который посещает пациентов с определенной периодичностью. Это также могут быть отдельные квартиры, при этом по меньшей мере один работник из числа обслуживающего персонала приходит по вызову.

Данные по результативности затрат на эти различные уровни ухода по месту проживания (80) несколько ограничены, систематических обзоров на эту тему не проводилось, поэтому лицам, которым надлежит принять решение о создании таких служб, следует консультироваться с местными участниками и заинтересованными сторонами (50, 81, 82, 83).

### ***Альтернативные формы трудовой реабилитации***

Способность работать является важной целью многих страдающих тяжелыми психическими расстройствами людей, оплачиваемый труд решает как практические потребности пациентов путем повышения их экономической независимости, так и терапевтические задачи - путем повышения самооценки и общей работоспособности (84, 85). И хотя на протяжении целого столетия профессиональная реабилитация в различных формах предлагалась лицам с тяжелыми психическими заболеваниями, роль ее снижалась в связи с неутешительными результатами прошлого опыта, отсутствием финансовых стимулов к работе и общим пессимистическим отношением к самой возможности реабилитации таких пациентов (86). Однако ряд последних разработок придал новую значимость возможности трудоустройства как одной из первоочередных задач реабилитации. Появление новых фармакологических средств вселяет надежду (87) на улучшение исходов в целом, а также на то, что направленные на реабилитацию усилия врачей окажутся плодотворными. Группы пациентов и лиц, предоставляющих им уход, в своей пропагандистской деятельности придают наипервейшее значение трудотерапии, которая способствует улучшению выполнения пациентами повседневных функций и качества жизни пациентов (88, 89).

По новым данным, поступившим из Соединенных Штатов Америки, предполагается, что возможно значительно улучшить результаты профессиональной адаптации и психосоциальные характеристики пациентов путем использования моделей занятости с предоставлением поддержки. В рамках таких моделей пациента направляют на работу непосредственно в конкурентоспособную среду и предоставляют поддержку со стороны специалистов по занятости, входящих в состав бригад по лечению психических расстройств (90). Модель *индивидуальной занятости и поддержки* (ИЗП) подчеркивает необходимость занятости в конкурентоспособной рабочей среде с последующей поддержкой, минуя традиционные поэтапные подходы к профессиональной реабилитации (91). При изучении программ ИЗП (71, 92) выявлено повышение уровней конкурентоспособной занятости пациентов. В традиционной модели используется подход «обучение - работа», при котором пациентам предлагается обучение в специализированных мастерских закрытого типа с последующим помещением их в реальную рабочую среду. В программах ИЗП используется противоположный подход, то есть «работа-обучение», когда пациента сначала определяют на реальную работу, а затем предлагают ему непосредственную индивидуальную поддержку, чтобы помочь успешно справиться с работой.

## **Выводы**

Нет сколько-нибудь убедительных доводов или данных в поддержку использования лишь больничного подхода. С другой стороны, мы также не располагаем какими либо научными доказательствами того, что только внебольничные службы охраны психического здоровья способны в одиночку обеспечить удовлетворительную всеобъемлющую медицинскую помощь. Имеющиеся фактические данные и накопленный во многих странах клинический опыт свидетельствуют в пользу модели сбалансированной медицинской помощи, которая включает как элементы больничной помощи, так и помощи по месту жительства. Правда, надо отметить, что местные жители могут иметь свои собственные взгляды на развитие таких служб охраны психического здоровья непосредственно в среде их обитания. Дискриминационное и пренебрежительное отношение, в том числе и со стороны медицинских работников, может оказывать значительное неблагоприятное действие на качество жизни людей, страдающих от проблем, связанных с психическими расстройствами. Пути исправления данной ситуации еще очень мало изучены в свете доказательной медицины (93).

Проведенные исследования экономической эффективности программ деинституционализации и работы бригад медперсонала, обеспечивающих охрану психического здоровья населения по месту жительства, показали, что качество медицинской помощи тесно связано с уровнем расходов на предоставляемые услуги. Было показано, службы охраны психического здоровья по месту жительства в целом стоят столько же, сколько и стационарные службы, которые они заменяют, поэтому их нельзя рассматривать в первую очередь как меры, направленные на экономию средств или сдерживание роста затрат. Следует отметить, что ограниченность существующих ресурсов может служить большим препятствием на пути осуществления модели сбалансированной помощи. В странах с низкими уровнями обеспечения ресурсами, возможно, нереалистично вкладывать средства в какие-либо компоненты «основной» службы охраны психического здоровья, а лучше отдать предпочтение выявлению и лечению психических заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи с привлечением специалистов психиатрической службы. Страны, которые могут позволить себе финансирование более дифференцированной модели оказания медицинской помощи, могут содержать основные службы охраны психического здоровья в определенном объеме. При формировании каждого из компонентов модели следует руководствоваться следующими соображениями: существующие потребности (83), имеющиеся ресурсы и первоочередные задачи, которые ставят перед собой участники и заинтересованные стороны на местном уровне. В целом по мере развития систем охраны психического здоровья, которые первоначально базировались на основе моделей психиатрических клиник, доля бюджетных средств, расходуемых на содержание крупных психиатрических больниц, постепенно снижается. По мере появления новых ресурсов время от времени они могут направляться на финансирование новых внебольничных служб, однако чаще на их развитие направляют высвобождающиеся средства из бюджета существующих больниц и персонала. Со временем, если будут позволять ресурсы, основные компоненты служб охраны психического здоровья можно дополнить другими, более дифференцированными вариантами служб, многие из которых предоставляют больший выбор пациентам и основываются на более убедительных данных относительно их экономической эффективности.

## Приложение 1. Ключевые характеристики основных периодов исторического развития систем оказания помощи в области охраны психического здоровья (4)

<i>Период 1. Появление и развитие психиатрических больниц</i>	<i>Период 2. Спад развития психиатрических больниц</i>	<i>Период 3. Появление сбалансированной медицинской помощи</i>
Создание психиатрических больниц	Уменьшение популярности психиатрических больниц	На место психиатрических больниц приходят менее крупные медицинские учреждения
Увеличение числа стационарных коек	Уменьшение числа стационарных коек	Процесс уменьшения числа стационарных коек замедляется
Снижение роли семьи	Повышение, но не полное признание роли семьи	Все возрастающее признание важности семьи в отношении предоставления ухода, возможности целительного влияния и способности отстаивать интересы этой группы населения
Государственное инвестирование в развитие государственных учреждений	Сокращение государственных вложений в службы охраны психического здоровья	Увеличение доли частных вложений в лечение и уход, а в государственном секторе - акцент на экономическую эффективность и сдерживание роста затрат
Только врачи и медицинские сестры составляют персонал	Появление клинических психологов, терапевтов в области профессиональной реабилитации и социальных работников	Среди обслуживающего персонала увеличивается доля внестационарных работников Новый акцент на многопрофильную командную работу на территории проживания обслуживаемого населения
	Появление эффективных методов лечения Появление систем оценки лечения и стандартизированных систем диагностики Растущее влияние индивидуальной и групповой психотерапии	Введение принципов психиатрии, основанных на доказательных данных, в процесс фармакологического, социального и психологического лечения
Превалирование принципа изоляции над принципом лечения	Основной акцент на фармакологических средствах и социальной реабилитации	Осознание необходимости установления должного баланса между контролем над

Какие доводы имеются в пользу организации служб охраны психического здоровья по месту жительства?  
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Август 2003

---

	Пациентов с меньшей степенью инвалидизации выписывают из психиатрических больниц	пациентами и соблюдением права пациентов на независимость
--	--	---

## Приложение 2. Ключевые принципы функционирования сбалансированных служб в сфере охраны психического здоровья по месту жительства

В развитии служб охраны психического здоровья по месту жительства особую важность представляют собой следующие девять принципов, которые в более подробном виде представлены в работе Thornicroft и Tansella(8).

**Автономность:** способность пациента принимать независимые решения и делать выбор, несмотря на наличие симптомов или признаков инвалидности. Следует способствовать развитию автономности путем эффективного лечения и ухода.

**Непрерывность/преемственность:** способность соответствующих служб предлагать вмешательства, которые либо представляют собой ряд взаимосвязанных мер, принимаемых в течение короткого периода времени одной или несколькими бригадами с соблюдением принципа преемственности (*поперечная последовательность*), либо являются непрерывной серией мер в течение длительного времени (*продольная непрерывность*).

**Результативность:** способность обеспечить доказанное положительное влияние методов лечения и услуг на улучшение здоровья в реальных практических условиях

**Доступ:** возможность пациента получить помощь там, где это необходимо, и тогда, когда это необходимо.

**Всеобъемлемость:** характеристика служб по двум измерениям. *Горизонтальная всеобъемлемость* означает степень, в которой услуга предоставляется по всему диапазону тяжести психического заболевания, и учитывая весь диапазон характеристик пациента. *Вертикальная всеобъемлемость* означает наличие основных компонентов ухода и их использование группами пациентов, ранжированными в порядке приоритетности.

**Равенство:** справедливое распределение ресурсов. Должны быть четко обозначены как факторы, используемые для обоснования определения приоритетности существующих потребностей, так и методы, используемые для распределения ресурсов.

**Ответственность/подотчетность:** ответственность службы охраны психического здоровья перед пациентами, их семьями и широкой общественностью, каждый из которых имеет законное право ожидать от службы определенного уровня выполнения своих обязанностей.

**Координация:** одна из функций службы, которая состоит в составлении четких и последовательных планов лечения для каждого пациента в отдельности. Такой план должен состоять из четких целей и необходимых и эффективных вмешательств, не более и не менее. *Поперечная координация* означает координацию информации и услуг по данному конкретному заболеванию. *Продольная координация* означает взаимосвязи между персоналом и учреждениями в течение более длительного периода лечения.

*Какие доводы имеются в пользу организации служб охраны психического здоровья по месту жительства?  
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Август 2003*

---

**Эффективность:** сведение к минимуму ресурсов, необходимых для достижения определенного уровня результатов, или максимизация результатов при данном уровне затраченных ресурсов.

## Литература

1. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease. Vol. 1. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990, and projected to 2020.* Cambridge, MA, Harvard University Press, 1996.
2. *World health report 2001: mental health: new understanding, new hope.* (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>). Geneva, World Health Organization, 2001 (accessed 13 July 2003).
3. Geddes JR, Harrison PJ. Closing the gap between research and practice. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171:220–225.
4. Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services.* Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
5. Desjarlais R et al. *World mental health: problems and priorities in low income countries.* Oxford, Oxford University Press, 1995.
6. Leff J. *Care in the community: illusion or reality?* London, Wiley, 1997.
7. Wing JK, Brown G. *Institutionalism and schizophrenia.* Cambridge, Cambridge University Press, 1970.
8. Thornicroft G, Tansella M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 1999, 29:761–767.
9. Mubbashar M. Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care.* London, Routledge, 1999.
10. Nathan P, Gorman J. *A guide to treatments that work*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2002.
11. Alem A. Community-based vs. hospital-based mental health care: the case of Africa. *World Psychiatry*, 2002, 1:99–100.
12. Becker T, Vazquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 2001, 8–14.
13. Njenga F. Challenges of balanced care in Africa. *World Psychiatry*, 2002, 1:96–98.
14. *World development report 2002: building institutions for markets.* Washington, DC, World Bank, 2002.
15. Reynolds A, Thornicroft G. *Managing mental health services.* Buckingham, Open University Press, 1999.
16. Ormel J et al. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1741–1748.
17. Tansella M, Thornicroft G. *Common mental disorders in primary care.* London, Routledge, 1999.

18. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, Wiley, 1995.
19. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression: the whole process of care needs to be enhanced. *British Medical Journal*, 2001, 323:948–949.
20. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:6–11.
21. Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of anti-depressant treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 2002, 24:213–224.
22. Becker T. Out-patient psychiatric services. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 277 - 282
23. Simmonds S et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:497–502.
24. Thornicroft G et al. From efficacy to effectiveness in community mental health services: PRiSM Psychosis Study 10. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173:423–427.
25. Tyrer P et al. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *British Medical Journal*, 1998, 316:106–109.
26. Tyrer P et al. A randomised controlled study of close monitoring of vulnerable psychiatric patients. *Lancet*, 1995, 345:756–759.
27. Tyrer P et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003.
28. Sytema S, Micciolo R, Tansella M. Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative south-Verona and Groningen case-register study. *Psychological Medicine*, 1997, 27:1355–1362.
29. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2868–2879.
30. Burns T. Generic versus specialist mental health teams. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 321 - 338
31. Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 1991, 3:125–132.
32. Hansson L et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 97:315–320.
33. Mueser KT et al. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24:37–74.
34. Saarento O et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: utilization of psychiatric hospital care related to amount and allocation of resources to psychiatric services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996, 31:327–335.

35. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 2000, 51:1410–1421.
36. Ziguras SJ, Stuart GW, Jackson AC. Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181:17-21.
37. Holloway F, Carson J. Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 2001, 47:21–31.
38. Szmukler G, Holloway F. In-patient treatment. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 321 - 338
39. Johnstone P, Zolese G. Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *British Medical Journal*, 1999, 318:1387–1390.
40. Knapp M et al. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine*, 1997, 27:681–692.
41. Quirk A, Lelliott P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science and Medicine*, 2001, 53:1565–1574.
42. Tomov T. Central and eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001. pp 216 - 227
43. Shepherd G, Murray A. Residential care. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 309 – 320.
44. Tansella M. Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1986, 79:664–669.
45. Thornicroft G, Bebbington P. Deinstitutionalisation: from hospital closure to service development. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155:739–753.
46. Oiesvold T et al. Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 101:367–373.
47. Van Wijngaarden GK et al. People with schizophrenia in five European countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophrenia Bulletin*, in press.
48. Warner R. *Recovery from schizophrenia*, 2nd ed. London, Routledge, 1994.
49. Warr P. *Work, unemployment and mental health*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
50. Rosen A, Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 295 - 308
51. Shepherd G. *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester, Wiley, 1990.
52. Catty J, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003:(Issue 1).
53. Tyrer P, Turner R, Johnson AL. Integrated hospital and community psychiatric services and use of inpatient beds. *British Medical Journal*, 1989, 299:298–300.

54. Isaakidis P et al. Relation between burden of disease and randomised evidence in sub-Saharan Africa: survey of research. *British Medical Journal*, 2002, 324:702.
55. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:406–409.
56. Deci PA et al. Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric Services*, 1995, 46:676–678.
57. Scott J, Lehman A. Case management and assertive community treatment. In: Thornicroft G, Szmukler G, eds. *Textbook of community psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001. pp 253 - 264
58. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, 68:216–232.
59. Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999, 44:443–454.
60. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003:(Issue 1).
61. Phillips SD et al. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 2001, 52:771–779.
62. Burns T et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet*, 1999, 353:2185–2189.
63. Burns T et al. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 2001, 52:631–636.
64. Fiander M et al. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:248–254.
65. Friis S et al. Methodological pitfalls in early detection studies: the NAPE Lecture 2002. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107:3–9.
66. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine*, 2003, 33:97–110.
67. Larsen TK et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:323–334.
68. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2002, 11:237–247.
69. McGorry PD et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59:921–928.
70. Warner R, McGorry PD. Early intervention in schizophrenia: points of agreement. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2002, 11:256–257.
71. Marshall M et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 2001, 5:1–75.

72. Wiersma D et al. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, Suppl 27., 1995, s52–s59.
73. Davies S et al. Community beds: the future for mental health care? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1994, 29:241–243.
74. Sledge WH et al. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153:1065–1073.
75. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999, 187:142–149.
76. Catty J et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2002, 32:383–401.
77. Joy C, Adams C, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003
78. Shepherd G et al. Residential care in hospital and in the community: quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168:448–456.
79. Trieman N et al. The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34:407–417.
80. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported housing for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003:(Issue 1).
81. Hafner H. Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1987, 75:113–126.
82. Nordentoft M, Knudsen HC, Schulsinger F. Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85:385–389.
83. Thornicroft G. *Measuring mental health needs*, 2nd ed. London, Royal College of Psychiatrists, Gaskell, 2001.
84. Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21:645–656.
85. Wiersma D et al. Assessment of needs for care among patients with schizophrenic disorders 15 and 17 years after first onset of psychosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 1997, 6:21–28.
86. Polak P, Warner R. The economic life of seriously mentally ill people in the community. *Psychiatric Services*, 1996, 47:270–274.
87. Lehman AF. Quality of care in mental health: the case of schizophrenia. *Health Affairs*, 1999, 18:52–65.
88. Becker DR et al. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 1996, 47:1223–1226.
89. Thornicroft G et al. What are the research priorities of mental health service users? *Journal of Mental Health*, 2002, 11:1–5.
90. Drake RE et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:627–633.

91. Priebe S et al. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24:469–477.
92. Lehman AF et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59:165–172.
93. Pinfold V et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:342–346.

World Health Organization  
Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark

Tel.: +45 39 17 17 17. Fax: +45 39 17 18 18. E-mail: [postmaster@who.dk](mailto:postmaster@who.dk)  
Web site: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)